

# Vulnerabilidade na adolescência: Um relato de caso de tentativa de aborto e violência sexual

## *Vulnerability in Adolescence: A Case Report of Attempted Abortion and Sexual Violence*

Adna Thaysa Marcial da Silva<sup>1,2</sup>, Guilherme Dias de Sousa<sup>3</sup>, Camila Lohmann Menezes<sup>3</sup>, Edson Santos Ferreira Filho<sup>3</sup>, Walter da Silva Pinheiro<sup>3</sup>, José Maria Soares Júnior<sup>3</sup>, Edmund Chada Baracat<sup>3,4</sup>, Isabel Cristina Esposito Sorpreso<sup>2,3,4</sup>

DOI:<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127686>

### Resumo

**Introdução:** O aborto, mesmo quando previsto por lei nos casos de violência sexual, continua a ser praticado de maneira insegura, uma vez que as mulheres que experimentam essa violência não a relatam ou velam por vulnerabilidade social, institucional ou etária, como na adolescência.

**Objetivos:** Descrever as consequências clínicas do aborto inseguro e relatar essa experiência vivenciada bem como a violência sexual em situações de vulnerabilidade social e etária.

**Método:** Trata-se de relato de caso clínico, com consentimento da paciente, ocorrido no ano de 2016 de uma adolescente, sexo feminino, 16 anos com antecedente pessoal de violência sexual de agressor íntimo. Admitida em serviço de saúde com diagnóstico de abdome agudo e aborto induzido em uso de antibioticoterapia.

**Resultados:** Laboratoriais revelaram proteína C reativa alterada e presença de leucocitose, ultrassonografia apresentou massa heterogênea, tomográfica computadorizada evidenciou presença de corpo estranho cilíndrico em cavidade vaginal, intervenções cirúrgicas, infecções generalizadas, complicações clínicas.

**Conclusão:** A história de violência retratada nesse estudo revela uma tentativa de aborto com autolesão, desvelando repercussões clínicas negativas e os agravos à saúde da adolescente. Esta que cometeu um aborto que não se insere nos critérios de aborto previsto por lei. Revelou ainda a necessidade de maior discussão sobre o tema, destacando as práticas de promoção da saúde contra o aborto inseguro.

**Palavras-chave:** aborto, violência sexual, adolescente, aborto séptico.

## ■ INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere um aumento nas taxas de gravidez indesejada, abortos inseguros, doenças sexualmente transmissíveis e repercussões neonatais em mulheres que são abusadas sexualmente<sup>1</sup>. Na saúde pública, há um efeito negativo na economia, podendo variar até 2% do PIB (produto interno bruto)<sup>2</sup>, bem como consequências maternas relacionadas à morbidade e mortalidade de nossas mulheres<sup>3-5</sup>.

O aborto inseguro aparece como uma alternativa às gestações não desejadas<sup>1,6,7</sup>, principalmente em casos relacionados à violência física, à violência sexual ou a ambos, geralmente causados por um parceiro íntimo ou

conhecido. Nesses casos, o aborto seria assegurado por lei em alguns países<sup>3,6</sup>, mas as pacientes que sofrem violência não relatam ou se escondem por diversas vulnerabilidades social e etária<sup>8-10</sup>.

O abuso sexual<sup>11</sup> durante a adolescência é uma experiência traumática que complica o desenvolvimento psicossocial das mulheres no limiar da idade adulta<sup>2</sup>, resultando em consequências associadas a doenças sexualmente transmissíveis, gravidez seguida de violência, gravidez indesejada, repercussões psicossociais<sup>7</sup> e sequelas negativas que comprometem saúde reprodutiva e sexual<sup>1</sup>.

A associação entre violência e aborto inseguro provoca um risco de morte<sup>2,5</sup> em mulheres jovens, relacionado a infecções, das quais 40% atingem o trato genital

1 Nursing. Pos Graduation Obstetric and Gynecology Department, Medicine School, São Paulo University - São Paulo (SP) - Brazil.

2 Laboratory of Study Design and Scientific Writing, ABC Medical School - São Paulo (SP) - Brazil.

3 Medicine School, São Paulo University - São Paulo (SP) - Brazil.

4 Discipline of Gynecology, Hospital das Clínicas, Medicine School, São Paulo University - São Paulo (SP) - Brazil.

**Corresponding author:** Adna Thaysa Marcial da Silva - E-mail: [adnathaysa@hotmail.com](mailto:adnathaysa@hotmail.com)

**Suggested citation:** Silva ATM, Sousa GD, Lohmann CM, Ferreira Filho ES, Pinheiro WS, Soares Júnior JM, et al. Vulnerability in Adolescence: A Case Report of Attempted Abortion and Sexual Violence. *J Hum Growth Dev.* 2017; 27(1): 117-123. DOI:<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127686>

**Manuscript submitted** in 2016, accepted for publication in Jan 2017.

superior<sup>12</sup> e sepse<sup>3,6</sup>. Estudos mostram a importância da intervenção precoce e da abordagem interdisciplinar nos serviços de saúde para reduzir os danos causados<sup>13</sup>.

Assim, reforçando a importância das práticas de promoção em saúde, o artigo demonstra relato de caso de adolescente com antecedente pessoal de violência sexual que realizou um aborto inseguro e tem o objetivo de descrever as consequências clínicas do aborto inseguro e relatar essa experiência vivenciada bem como a violência sexual em situações de vulnerabilidade social e etária.

## ■ RELATO DE CASO

**Identificação:** Paciente de 16 anos, sexo feminino, natural e procedente de São Paulo – SP, ensino médio incompleto, solteira e reside com a mãe.

**Queixa principal e duração:** Encaminhada ao Serviço de Assistência à Vítima de Violência Sexual na Disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo por quadro de dor abdominal há 10 dias.

**História pregressa da Moléstia atual:** Paciente relatando dor abdominal na região hipogástrica por 10 dias, dor ao urinar e com fezes pastosa e amolecida sem alteração de cor e sem sangramento associado. No momento do atendimento inicial, paciente em uso de antibioticoterapia (norfloxacina) por 6 dias, sem melhora clínica. Negava febre, náusea e vômito.

**Antecedentes familiares:** Nega cardiopatias, neoplasias, ginecopatias e doenças crônicas e infecto contagiosa.

**Antecedentes pessoais:** Nega realização de cirurgias, internações clínicas, doenças pré-existentes, cardiopatias, neoplasias, ginecopatias, doenças crônicas, infecciosas e doenças sexualmente transmissíveis.

**Hábitos:** Nega tabagismo, etilismo, uso de drogas e medicamentos.

**Antecedentes Ginecológicos:** Menarca aos 11 anos. Primeira relação sexual aos 12 anos. Refere abuso sexual do padrasto (marido de sua mãe) aos 13 anos de idade, acompanhando em serviço especializado com abordagem interdisciplinar com psicólogos e infectologistas. Nega uso de método contraceptivo. Atualmente, refere

apenas relação sexual consentida, última relação sexual há 2 anos.

**Exame físico geral admissional:** Apresentava-se em regular estado geral, corada, hidratada, febril (temperatura axilar: 37,8°C), taquicárdica (frequência cardíaca: 124 batimentos por minuto - bpm), normotensa, eupneica. Ausculta cardíaca e pulmonar sem achados relevantes. Abdomo discretamente distendido, difusamente doloroso, sobretudo em fossa ilíaca esquerda, sem piora da dor à descompressão brusca (sinal de Blumberg negativo).

**Exame ginecológico:** Genitália com aparência feminina, trofismo e desenvolvimento dos pelos pubianos adequados para a idade, sem lesões. O exame especular foi dificultado pela dor do paciente, identificando apenas secreção amarelada e fétida com presença de lesão no terço proximal da vagina impedindo a visualização do colo uterino. No exame vaginal bimanual, observou-se uma lesão no terço proximal da vagina, estenosante, que impediu a palpação do colo do útero. Houve dor importante na palpação dos fôrnices, mobilização cervical e avaliação anexial.

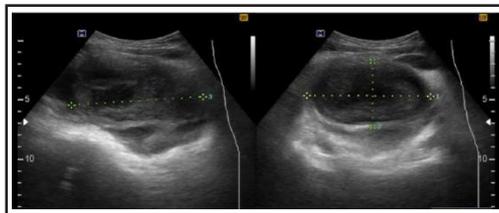
**Testes de diagnóstico complementar:** Hemograma completo, proteína C reativa, sorologia para sífilis, hepatite B e C e HIV, exame de urina, exame urinário da gravidez, ultrassonografia pélvica e tomografia pélvica.

**Hipótese diagnóstica:** Abdomo agudo infeccioso e aborto auto-induzido e inseguro.

**Plano terapêutico:** Devido à sepse e ao abdome inflamatório agudo, a paciente foi hospitalizada para tratamento intravenoso com antibiótico de amplo espectro (clindamicina e gentamicina) por 10 dias, suporte clínico e elucidação diagnóstica.

**Resultados dos testes laboratoriais:** Os exames mostraram leucocitose e presença de granulações tóxicas, proteína C reativa elevada. Os testes sorológicos para sífilis, HIV, hepatite B e C foram negativos. O exame urinário foi negativo para a gravidez.

**Resultados de exames de imagem:** A ultrassonografia pélvica (técnica transabdominal, uma vez que o estudo transvaginal não foi possível devido à dor do paciente) mostrou uma grande massa heterogênea, contendo áreas císticas com debris de permeio, ocupando hipogástrio e fossa ilíaca esquerda, medindo cerca de 8,6 x 5,5 x



**Figura 1:** Ultrassonografia pélvica: massa heterogênea com 227 cm<sup>3</sup> de volume



**Figura 2:** Ultra-sonografia pélvica: massa heterogênea com vascularização periférica para estudo Doppler

9,2 cm (volume de 227 cm<sup>3</sup>); útero e ovários não caracterizados (Figura 1), com vascularização periférica ao estudo com Doppler (Figura 2).

Tomografia computadorizada de abdome e pelve evidenciou corpo estranho cilíndrico situado na cavidade vaginal, de baixa atenuação e componente com atenuação metálica interna que apresenta íntimo contato com o colo do útero, com cerca de 5,0 cm de extensão e 3,0 cm de diâmetro máximo; volumosa coleção multisseptada com paredes que sofrem realce pós-contraste, localizada na região anexial esquerda, que se estende até a cicatriz um-

bilical, em contato com a vagina, útero, ovários e bexiga urinária, deslocando-os, medindo cerca de 12,2 x 11,6 x 9,7 cm; achados que poderiam representar piossalpinge e abscesso tubo-ovariano esquerdo (Figura 3A, 3B, 3C, 3D, 3E e 3F).

A paciente apresentava-se com temperatura de 37,7°C e ligeiramente taquicárdica (até 115 bpm); devido à resposta clínica insatisfatória, o esquema antimicrobiano foi modificado para ceftriaxona e metronidazol e uma abordagem cirúrgica foi indicada.

Abordagem cirúrgica: Paciente foi submetido à

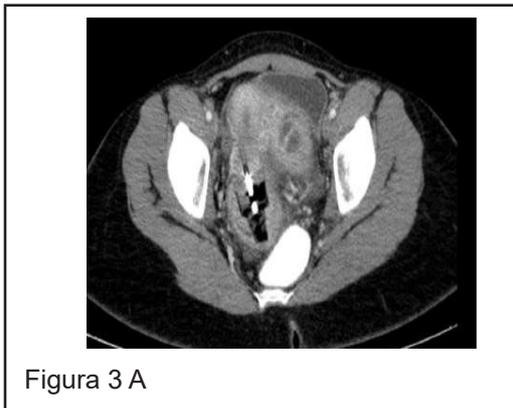


Figura 3 A



Figura 3 B



Figura 3C



Figura 3D



Figura 3E



Figura 3F

Figura (sequência) 3A, 3B, 3C, 3D, 3E e 3F – Tomografia computadorizada de abdome e pelve: corpo estranho cilíndrico na cavidade vaginal, componente com atenuação metálica que apresenta íntimo contato com o colo uterino, com cerca de 5,0 cm de extensão e 3,0 cm de diâmetro máximo; volumosa coleção multisseptada com paredes que sofrem realce pós-contraste, em anexo esquerdo.



**Figura 4:** Corpo estranho, de forma cilíndrica, de plástico, medindo 5,5 x 2,8 x 2,8 cm, composto por três partes, removido do terço superior da vagina.

dissecção da estenose vaginal e remoção de tecido estranho (Figura 4) por via vaginal, em sala cirúrgica, no terceiro dia de internação, sob anestesia raquidiana, sem intercorrências. Todo o material removido foi encaminhado para análise histopatológica. A análise patológica revelou mucosa malpighiana com extenso infiltrado inflamatório agudo, ulcerado, estendendo - se à submucosa, associado com tecido de granulação, fibrina e necrose.

Devido à idade do paciente e, até então, ausência de piora clínica, realizado tentativa de conduta conservadora programado drenagem percutânea de abscesso pélvico através de radiologia intervencionista. No entanto, no primeiro dia pós-operatório houve piora da taquicardia (125 bpm) e rebaixamento do nível de consciência, caracterizando em infecção generalizada grave, além de sinais de peritonite (sinal positivo de Blumberg) (Figura 4).

Os antibióticos foram modificados para piperacilina/tazobactam e vancomicina e indicada laparotomia exploradora. Realizou-se laparotomia mediana infraumbilical sob anestesia geral no quarto dia de internação hospitalar.

Inventário da cavidade: líquido livre purulento na cavidade abdomino-pélvica, onde se encontraram aglomerados de pus, o maior em topografia tubo-ovariana, à esquerda, com múltiplas aderências entre as dobras do peritônio, intestino delgado, cólon e ovários. Os abscessos foram drenados, as cápsulas foram ressecadas e a cavidade abdominal foi repetidamente lavada com solução salina. Devido ao grau de comprometimento, foi necessário ressecar parte das dobras do peritônio contíguo às aglomerações de pus. Ao final da cirurgia, inserido dreno de sucção de sistema fechado (Portovac).

Todo o material removido foi encaminhado para estudo histopatológico, identificando-se: em cápsula de abscesso, processo inflamatório agudo supurativo com tecido de granulação exuberante em tecido conjuntivo e adiposo; no omento, processo inflamatório agudo supurativo exuberante em tecido adiposo.

Pós-operatório imediato: A paciente foi encaminhada para unidade de terapia intensiva, devido à possibilidade de instabilidade hemodinâmica e necessidade de drogas vasoativas, sendo colocado um cateter venoso central na veia subclávia esquerda.

Unidade de Terapia Intensiva: A paciente evoluiu com presença de sangue na cavidade pulmonar, drenado sem intercorrências e insuficiência renal aguda. A dose foi corrigida de acordo com os níveis de vancomicina. Ela necessitou de norepinefrina e hemotransfusão (glóbulos vermelhos) para manter a estabilidade hemodinâmica por um dia, progredindo com melhora clínica parcial.

Drenos abdominal e torácico evoluíram com redução do débito, sacado dreno torácico após três dias, a aceitação da dieta e os parâmetros laboratoriais para a infecção melhoraram. Após oito dias na Unidade de Terapia Intensiva, foi encaminhada à enfermaria.

Enfermaria: Seguiu em antibioticoterapia intravenosa e com suporte de fisioterapia. Após quatro dias, progrediu com piora progressiva do padrão respiratório e realizou angiotomografia de tórax, que evidenciou: falha no preenchimento da artéria lobar inferior direita e em seus ramos segmentares basais proximais, compatível com tromboembolismo pulmonar agudo, além de atelectasias laminares e subsegmentares nos lobos pulmonares inferiores. A anticoagulação completa foi realizada com enoxaparina e varfarina até o ajuste de INR. Finalmente, evoluiu com melhora clínica importante.

Alta hospitalar: Após 42 dias de internação, a paciente recebeu alta hospitalar assintomática, em uso de varfarina e com seguimento ambulatorial (ginecologia e psiquiatria) programado.

Acompanhamento Ambulatorial: Retornou no ambulatório de Ginecologia após 20 dias de alta hospitalar, em boas condições clínicas, com adequada adesão ao tratamento anticoagulante, para seguimento. Discutido opções de contracepção reversível de longa duração, paciente recusa quaisquer opções no momento.

Em particular, sozinha no consultório, a paciente informou à equipe médica que ela própria inseriu o corpo estranho para indução de abortamento, pois apresentou atraso menstrual e recebeu estar grávida. Porém refere ausência de atividade sexual. Retornará para reavaliações clínicas e psicológicas periódicas.

## DISCUSSÃO

O artigo relata caso clínico de adolescente com histórico de violência sexual, onde a adolescente realizou um aborto inseguro ocasionando danos e agravos em sua saúde. As consequências foram intervenções cirúrgicas, infecções generalizadas (sepse), intercorrências clínicas como tromboembolismo pulmonar e período de hospitalização prolongada.

As taxas de internação hospitalar pós-aborto são elevadas e colocam o aborto inseguro como um problema de saúde pública no Brasil<sup>14,15</sup> e relaciona-se à 13% da mortalidade materna em todo o mundo<sup>5,9</sup>. Cerca de metade das mulheres que fizeram aborto tiveram atendimento no sistema de saúde e foram internadas por complicações<sup>16,17</sup>.

Considerado mundialmente uma pandemia persistente e evitável<sup>6,15,16</sup>, o aborto inseguro<sup>17</sup> coloca em risco principalmente as mulheres nos países em desenvolvimento onde o aborto é altamente restrito por lei e embora legalmente permitido como no Brasil em casos de gravi-

dez resultante de estupro, se não há outro meio de salvar a vida da mãe<sup>18</sup>, o aborto seguro não é facilmente acessível<sup>6</sup>.

Em uma situação de gravidez indesejada, muitas mulheres induzem o abortamento ou obtêm abortos clandestinos de médicos, paramédicos, ou curandeiros tradicionais<sup>1</sup>. No relato de caso clínico em questão, por exemplo, a inserção do corpo estranho através do colo do útero teve como objetivo interromper uma gravidez indesejada, onde somente no serviço de saúde foram realizados exames que não confirmaram a gestação.

Estudos em saúde pública no Brasil, mostrou que 15% das mulheres induziram aborto ao longo da vida reprodutiva, sendo o período de vida da adolescência o mais frequente<sup>15,16,18</sup>. As adolescentes têm prioridade nas políticas de saúde pública no Brasil<sup>12,17</sup> e são considerados vulneráveis pela faixa etária (menor de 14 anos) e também por dependência social e emocional<sup>12,19,20</sup>, sendo de responsabilidade conjunta dos gestores em saúde<sup>2,7</sup>, facilitarem o acesso a serviços de aborto seguro nos casos de gravidez resultante de estupro, quando não há outro meio de salvar a vida da mãe<sup>18</sup>, bem como aumentar a consciência social<sup>4,16</sup>.

A violência sexual<sup>11,20</sup> velada na infância e adolescência relaciona-se com o abortamento inseguro<sup>7,17</sup>. No Brasil, há relato de violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo feminino<sup>12,16,17</sup> com consequentes gestações não desejadas<sup>20</sup> seguida de violência. O aborto<sup>7,15</sup> permanece sendo uma prática clandestina, especialmente no contexto da América Latina<sup>21,22</sup>.

A redução da incidência de abortos inseguros está associada à redução da incidência de violência sexual, especialmente do parceiro íntimo<sup>17,23</sup>. No relato de caso, a paciente possui antecedente pessoal de violência sexual do parceiro íntimo da mãe. Além disso, a situação de vulnerabilidade<sup>2,6,9,10</sup> é perpetuada pois mulheres que sofreram qualquer forma de abuso sexual durante a vida têm um aumento significativo nas chances de vir a ter uma gravidez indesejada<sup>24</sup> por não se prevenirem.

A adolescente no referido relato clínico não estava usando nenhum método contraceptivo e se negou ao uso de métodos reversíveis de longa duração durante o atendimento ambulatorial, mesmo sob orientação multiprofissional. Sabe-se que a promoção em saúde reprodutiva<sup>16</sup> após o abortamento traz resultados satisfatórios tanto em redução do abortamento inseguro<sup>17</sup> quanto ao número de gestação não planejada e indesejada em casos de violência.

A informação e conscientização<sup>19</sup> sobre métodos de contracepção<sup>16</sup> pós-aborto eficazes e facilitação a serviços especializados em saúde da mulher deve ser promovidos<sup>9,21</sup>.

Os benefícios da legalização do aborto no Brasil nos casos previstos por lei<sup>18,20</sup> mostram uma redução dos números de internações em hospitais públicos por complicações de aborto ao longo dos anos e uma redução da mortalidade materna<sup>7,25,26</sup>. Isso ocorre em países desenvolvidos e em desenvolvimento, principalmente quando associada com um conjunto de medidas<sup>16</sup> que garantem o conhecimento sobre a legalização na população.

A legalização do aborto no Brasil<sup>18</sup> é assunto controverso e vinculado a aspectos da religião e da cultura<sup>27</sup>,

trazendo obstáculos na busca aos serviços de saúde<sup>17</sup> e consequências deletérias à saúde do adolescente<sup>2,3,7,28,29</sup>. Ainda, a vulnerabilidade social é presente neste contexto, onde os níveis econômico e educacional interferem no acesso ao aborto seguro e previsto por lei<sup>18,30-32</sup>.

A incidência de aborto séptico varia amplamente entre os países em desenvolvimento e desenvolvidos<sup>6,7</sup> sendo também relacionada à adolescência<sup>7,20</sup>. Infecções graves resultantes de práticas inseguras de aborto com consequente sepse<sup>3,4,6,7,9</sup> ou hemorragias graves<sup>3</sup> podem repercutir definitivamente na vida reprodutiva, como no caso de histerectomia<sup>3,4,6</sup> e infecções generalizadas por inserção de corpo estranho<sup>3,13</sup>. No relato de caso, a paciente evoluiu com infecção pélvica grave, abscesso pélvico, sepse grave e necessidade de cuidados intensivos.

A conduta conservadora - preservação do útero - foi oportuna, baseada na idade e na história obstétrica da paciente, visando preservar fertilidade e, no futuro, proporcionar uma oportunidade de gravidez devidamente planejada.

Perfuração do útero, hemorragia, lesão visceral, infecção generalizada e choque séptico após aborto inseguro podem levar à morte devido ao atraso na apresentação para tratamento médico adequado<sup>9</sup>. Em nosso relato de caso, o desfecho foi favorável para a paciente devido à estrutura de atendimento em ambiente especializado em saúde da mulher e nível de alta complexidade do serviço de saúde.

Este relato de caso ajuda a guiar a prática clínica e traz reflexões sobre o impacto da violência sexual velada e o aborto inseguro sobre a vida das adolescentes e sobre o sistema de saúde.

## ■ CONCLUSÃO

A história de violência retratada nesse estudo revela uma tentativa de aborto com autolesão, desvelando repercussões clínicas negativas e os agravos à saúde da adolescente. Esta que cometeu um aborto que não se insere nos critérios de aborto previsto por lei. Revelou ainda a necessidade de maior discussão sobre o tema, destacando as práticas de promoção da saúde contra o aborto inseguro.

## Conflito de Interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

## Agradecimentos

Agradeço ao setor de ginecologia do Hospital das Clínicas de São Paulo e aos profissionais que auxiliaram neste relato de caso.

## Contribuição dos Autores

ATMS, ESFF, GDS, CML, WSP, JMSJ, ECB e ICES participou na aquisição de dados e revisão do manuscrito.

ATMS, GDS e ICES redigiu o manuscrito e realizou levantamento bibliográfico.

ESFF e ICES determinaram o desenho do estudo.

GDS e ATMS tradução para língua inglesa.

WSP, JMSJ, ECB e ICES revisão na língua inglesa.

Todos os autores leram e deram a aprovação na versão submetida para publicação.

**REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. [cited 2016 Dec 10] Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf).
2. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. 2015;385(9978):1685-95. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61830-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61830-4)
3. Saultes TA, Devita D, Heiner JD. The Back Alley Revised: Sepsis after attempted Self-Induced Abortion. *West J Emerg Med*. 2009;10(4):278-80.
4. Nayak PK, Mitra S, Padma A, Agrawal S. Late presentation of unsafe abortion after 5 years of procedure. *Case Reports Obstetr Gynecol*. 2014;(2014). DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/456017>
5. Blake MT, Drezett J, Machi GS, Pereira VX, Raimundo RD, Oliveira FR, et al. Factors associated with the delay in seeking legal abortion for pregnancy resulting from rape. *Int Arch Med*. 2015;8. DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/1628>
6. Sreelakshmi U, Thejaswini J, Bharathi T. The outcome of septic abortion: a tertiary care hospital experience. *J Obstetr Gynaecol Índia*. 2014;64(4):265-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13224-014-0509-4>
7. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB, et al. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (São Paulo)*. 2015;13(4):618-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3127>
8. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1805-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00096312>
9. Sama CB, Aminde LN, Angwafo FF. Clandestine abortion causing uterine perforation and bowel infarction in a rural area: a case report and brief review. *BMC Res Notes*. 2016;9:98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-016-1926-5>
10. Sorpreso ICE, Soares Junior JM, Baracat EC. Sexually vulnerable women: could reversible long-lasting contraception be the solution? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(9):395-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005456>
11. Mattos IA, Lima IMSO. Motherhood and intrafamilial child sexual abuse: to guarantee a protective embrace. *J Hum Growth Dev*. 2012;22(3):373-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.46709>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situações de violências. [cited 2016 Dec 15] Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/consultapublica/arquivos/1393133501.pdf>
13. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006;368(9550):1908-19. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6)
14. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27(1):15-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012>
15. Diniz D, Medeiros M. Abortion in Brazil: a household survey using the ballot Box technique. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(supl. 1):959-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700002>
16. Figueiredo R, Bastos S, Telles L J. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do Estado de São Paulo. *J Hum Growth Dev*. 2012; 22(1):105-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.20058>
17. Organização Mundial de Saúde (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2 ed. 2013. [cited 2016 Dec 10] Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf)
18. Brasil. Câmara dos Deputados. Decreto n.º 2848/40, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal Art. 124-128. [cited 2016 Dec 10] Available from: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10624811/artigo-128-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>.
19. Silva SA, Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Vianna RPT, Anjos UU. Analysis of Domestic Violence on Women's Health. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(2):182-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.103009>.
20. McCloskey LA. The Effects of gender-based violence on women's unwanted pregnancy and abortion. *Yale J Biol Med*. 2016;89(2):153-9.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
22. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenager pregnancy: behavioral and socio-demographic profile of an urban Brazilian population. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):177-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100019>

23. Milanez N, Oliveira AE, Barroso ADV, Martinelli KG, Esposti CDD, Santos Neto ET. Unwanted pregnancy and abortion attempt: practices and contexts. *Sex Salud Soc.* 2016;(22):129-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.06.a>
24. Heilborn ML. Heterossexualidades, contracepção e aborto: Uma pesquisa em quatro capitais latino-americanas. *Sex Salud Soc.* 2012;(12):127-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000600006>
25. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C, *et al.* Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;120(1):3-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.003>
26. Lukasse M, Laanpere M, Karro H, Kristjansdottir H, Schroll AM, Van Parys AS, *et al.* Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse - a European multi-country cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15:120. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0558-4>
27. Henderson JT1, Puri M, Blum M, Harper CC, Rana A, Gurung G, *et al.* Effects of abortion legalization in Nepal, 2001-2010. *Plos One.* 2013;8(5):e64775. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0064775>
28. Rocca CH, Puri M, Dulal B, Bajracharya L, Harper CC, Blum M, *et al.* Unsafe abortion after legalisation in Nepal: a cross-sectional study of women presenting to hospitals. *BJOG.* 2013;120(9):1075-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.1224229>
29. Oglund CP, Verona AP. Religion and attitudes toward abortion and abortion policy in Brazil. *J Sci Study Relig.* 2011;50(4):812-21.
30. Noll JG, Trickett PK, Long JD, Negri S, Susman EJ, Shalev I, *et al.* Childhood sexual abuse and early timing of puberty. *J Adolescent Health.* 2016;60(1):65-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.008>
31. Bezerra IMP, Sorpreso ICE. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *J Hum Growth Dev.* 2016;26(1):11-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>
32. Rocha MIB. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. *Rev Bras Est Pop.* 2006;23(2):369-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982006000200011>

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

## Abstract

**Introduction:** Abortion, even when provided by law in cases of sexual violence, continues to be practiced in an insecure way, since women who suffer violence are not reported or guarded by social, institutional or age vulnerability, as in adolescence.

**Objective:** Describe the clinical consequences of unsafe abortion, report this experience as well as sexual violence in situations of social and age vulnerability.

**Methods:** It is a clinical case report, with the consent of the patient, in the year 2016, of a 16-year-old female adolescent with a personal history of sexual violence by an intimate aggressor. Admitted to the health service with diagnosis of acute abdomen and induced abortion using antibiotic therapy.

**Results:** Laboratory tests revealed altered C reactive protein and presence of leukocytosis, ultrasound showed heterogenic mass, computed tomography showed presence of cylindrical foreign body in vaginal cavity, surgical interventions, sepsis, clinical complications (pulmonary thromboembolism) and prolonged hospitalization.

**Conclusion:** The history of violence portrayed in this study reveals an attempt of abortion with self harm, revealing negative clinical repercussions and the health problems of the adolescent. This person has committed an abortion that does not fit into the abortion criteria provided by law. It also revealed the need for further discussion on the topic, highlighting health promotion practices against unsafe abortion.

**Keywords:** abortion, sexual violence, adolescence, septic abortion.